

выше больных 10 больных с лапаростомами. При этом удастся визуализировать с высокой долей вероятности наличие свободной жидкости в брюшной полости и отдельные скопления ее и насторожить хирурга в плане формирования абсцессов брюшной полости и соориентировать хирурга на более детальный осмотр тех или иных областей брюшной полости. Так же появление перистальтики при УЗИ выявляется раньше, чем при аускультации, что служит еще одним критерием для своевременного снятия лапаростомы на ряду с традиционными критериями.

Кроме того, применяя датчики исследования поверхностно расположенных образований, мы оценивали толщину передней брюшной стенки, ее эхогенность, что позволяет определять течение раневого процесса не только в брюшной полости, но и в брюшной стенке. И на ранних стадиях выявлять развивающиеся осложнения, такие например, как флегмону передней брюшной стенки, что было отмечено у 1 больного, а также определить еще один критерий для сроков снятия лапаростомы.

Стоит отметить, что все наблюдаемые нами изменения при УЗИ органов брюшной полости и передней брюшной стенки. Мы имели возможность контролировать при программированной санации брюшной полости и выявлять как ложно положительные (у 2-х больных), так и ложноотрицательные (у 1 больного) результаты исследований.

Это позволяет выделить следующие положения:

1. Необходимо проводить динамические УЗИ исследования с первых суток и, по возможности, ежедневно в течение первых 4-5 суток после операции, а у больных с лапаростомами - и еще в течение 2-3 суток после снятия ее.

2. Динамическое УЗИ необходимо проводить больным с высоким риском развития послеоперационного перитонита, а к таким можно отнести больных, перенесших операции с нарушением непрерывности желудочно-кишечного тракта, после срочных и экстренных операций на ЖКТ, при осложненном течении заболевания и т. п.

3. Больным, подвергаемым лапаростомии, для своевременного корригирования

лечения необходимо проводить динамическое УЗИ исследование не только брюшной полости для выявления всех «карманов» брюшной полости, но и передней брюшной стенки.

Таким образом, внедрение комплексного подхода к ведению больных с перитонитом и другими внутрибрюшными послеоперационными осложнениями позволило улучшить результаты лечения, сократить срок пребывания больных в стационаре, а летальность свести к минимуму.

Н.И.Киселева, Т.И.Крылова,
Т.Б. Шедько, А.И.Бусенко,
С.В. Щербенок, Т.О. Романовская,
Г.В. Крылова

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВЫЯВЛЕНИЯ "ГРУППЫ РИСКА" БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО- СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Витебский областной клинический роддом №2

В предупреждении послеродовых гнойно-септических осложнений существенное значение имеет выявление "группы риска" беременных, родильниц и проведение в ней целенаправленных профилактических мероприятий.

Проведен ретроспективный анализ 271 истории родов, куда вошли 187 родильниц с гнойно-септическими осложнениями в послеродовом периоде и 84 – с нормальным течением родов.

При разработке историй родов учитывался возраст родильниц, особенности соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, течение настоящей беременности, родов и послеродового периода.

Статистическая обработка показателей возраста в обеих группах родильниц не выявила достоверных различий. Следовательно, возраст не имеет существенного значе-

ния в возникновении послеродовых осложнений.

При изучении наличия экстрагениальной патологии в анамнезе в выявлено, что чаще гнойно-септические заболевания в послеродовом периоде возникали на фоне хронической инфекции лор-органов и мочевыводящей системы (в основной группе – 95,7%; в контрольной – 63,3%).

Хронические воспалительные заболевания придатков матки в анамнезе в основной группе выявлены у 12,8% родильниц, в контрольной – у 6%.

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза учитывалось количество аборт, их характер и осложнения в послеабортном периоде.

Установлено, что по количеству искусственных и самопроизвольных аборт в анамнезе достоверной разницы в обеих группах не отмечалось.

Однако, в основной группе был более высокий процент осложнений (эндометрит, аднексит) в послеабортном периоде: 37,5% и 18,2% соответственно.

Беременность у женщин основной группы в 61,5 случаев сопровождалась инфекционными заболеваниями (ОРВИ, грипп, ангина), в контрольной группе эти осложнения встречались в 31% случаев.

Важным прогностическим критерием в возникновении послеродовых осложнений является угроза прерывания беременности. Известно, что в этиологии невынашивания ведущую роль занимают хронические и острые инфекции.

Угроза невынашивания имела место у 39,4% женщин основной группы, и у 16,1% - контрольной.

Поздние гестозы беременных и анемия являются высокими факторами риска развития гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде. Частота этих осложнений была в 4 раза выше в основной группе родильниц.

Выявлено также прогностическое значение в развитии послеродовых гнойно-септических осложнений, преждевременных родов, аномалий родовой деятельности, несвоевременного излития околоплодных вод, травм мягких тканей, кровопотери и оперативных вмешательств в

родах. В основной группе в 2,4 раза чаще встречались преждевременные роды; в 2,5 раза чаще наблюдалось преждевременное излитие околоплодных вод. Аномалии родовой деятельности имели место у 10,7% родильниц основной группы и у 2,4% - контрольной, травмы мягких тканей родовых путей соответственно у 18,2% и у 8,3%. Патологическая кровопотеря была в 2,3 раза выше в основной группе, акушерские щипцы и ручное вхождение в полость матки производились в 4 раза чаще в основной группе.

При анализе частоты гнойно-септических послеродовых осложнений выявлена четкая закономерность в зависимости от продолжительности родового акта, длительности безводного периода и частоты влагалищных исследований. Продолжительность родов и безводного периода свыше 12 часов была в 3 раза чаще в основной группе и в 3,5 раза чаще в родах в этой группе родильниц производилось более 3-х влагалищных исследований.

Таким образом, ретроспективное изучение соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, течения беременности, родов и послеродового периода позволило выявить ряд прогностических факторов, которые могут быть использованы при формировании "группы риска" возникновения послеродовых гнойно-септических осложнений и проводить своевременно и целенаправленно профилактические мероприятия.

Е.В. Никитина

БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МИКРОФЛОРЫ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ САЛЬПИНГООФРИТАМИ

Витебский государственный
медицинский университет

С целью изучения механизмов патогенности основных возбудителей, выявленных в различных экологических нишах половой системы больных хроническими